

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 89

LA

SYPHILIS VERTÉBRALE

(PSEUDO-MAL DE POTT SYPHILITIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

PAR

Claude CHENIVESSE

Né à Bagnols-sur-Cèze (Gard), le 7 février 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VEDEL, prof adj.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

LA

SYPHILIS VERTÉBRALE

(PSEUDO-MAL DE POTT SYPHILITIQUE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0140

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 89

LA

SYPHILIS VERTÉBRALE

(PSEUDO-MAL DE POTT SYPHILITIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

PAR

Claude CHENIVESSE

Né à Bagnols-sur-Cèze (Gard), le 7 février 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président.</i>	{	Assesseurs
		VEDEL, prof. adj.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYER.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	UCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (*)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (*)
Microbiologie.....	N.
Pathologie interne.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, *, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé
Matière médicale.....	DESMONTS, (ch. de c.)
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON * (docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE.
GRYNELT (*)	P. DELMAS	LISBONNE.
LEENHARDT	RUZIERE	PECH * (ch. d'agr.).
GAUSSEL (*)	J. DELMAS (*)	
RICHE	RIMBAUD *	

Examinateurs de la thèse

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur adjoint.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON COUSIN

LE DOCTEUR LEON MORENAS

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR ERNEST VIAL

C. CHENIVESSE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
LEENHARDT ET ETIENNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON IMBERT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VICTOR AUDIBERT
MÉDECIN DES HOPITAUX DE MARSEILLE

*En souvenir des belles leçons qu'il m'a
données et qui rendront plus tard ma
tâche plus douce et mon devoir plus
facile à remplir.*

A TOUS MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

C. CHENIVESSE.

LA

SYPHILIS VERTÉBRALE

(PSEUDO - MAL DE POTT SYPHILITIQUE)

INTRODUCTION

La syphilis vertébrale est probablement une affection plus fréquente qu'on ne pense, elle est souvent méconnue car sa symptomatologie manque, dans un grand nombre de cas, de précision ; elle ne donne que des douleurs vagues et, si le sujet est un syphilitique avéré, le traitement fait tout rentrer dans l'ordre. On pense alors à des névralgies, les lésions osseuses n'étant reconnues qu'à l'occasion de complications.

A propos de deux cas récents observés, l'un dans le service de M. le professeur Estor, l'autre à l'Hôpital militaire de Palavas, nous nous proposons d'étudier ces lésions vertébrales de la syphilis et plus particulièrement le diagnostic avec la tuberculose vertébrale, diagnostic parfois extrêmement difficile.

Le terme de pseudo-mal de Pott est-il justifié?

Le mal de Pott éveille l'idée d'une lésion vertébrale caractérisée cliniquement par une déformation vertébrale, des troubles nerveux plus ou moins accentués, des abcès par congestion. Or, la syphilis peut produire, au niveau du rachis, les mêmes lésions et partant, les mêmes symptômes le même tableau clinique que la tuberculose rachidienne. Lésions osseuses, déformation vertébrale, troubles nerveux, gommès, fistules simulent parfaitement la bacillose. On peut donc parler de pseudo-mal de Pott.

Mais ce terme peut donner lieu à une confusion, nous l'avons mis en sous-titre puisque depuis Verneuil il est consacré par l'usage et nous pensons qu'il est préférable de parler de syphilis vertébrale.

HISTORIQUE

Les lésions syphilitiques du rachis sont connues depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle, mais tous les auteurs n'admettent pas volontiers leur existence. Citons les cas de Virchow (1845), Debout (1852), Thomassi (1863), Beck (1870).

Mais c'est Verneuil qui, en 1879, se fit le défenseur de la syphilis vertébrale et lui donna le premier le nom de mal de Pott syphilitique.

En 1881 Fournier apporta la preuve anatomique qui manquait encore pour prouver nettement la réalité de l'affection. Par une constatation nécropsique avec rapport détaillé, et examen histologique de Hayem, Fournier apportait une observation concluante et la syphilis vertébrale ne pouvait plus être mise en doute. Dans la thèse de son élève Levot (1881), il étudia la question et la mit parfaitement au point.

Les observations se sont depuis multipliées, citons celles de Jurjens, Joachnsthäl, Staub, Fournier, Froelich, Kister, Neumann, Forus, Valle y Ahdahalle, Fry, Desplats. Les statistiques importantes de Concetti, Petren et Ziesche sont à citer.

Les revues générales sur la question sont rares, après la thèse de Levat, nous devons citer les thèses de Feltgen (Nancy 1903), Servièrre (Montpellier 1908), Gaspais (Paris 1913), l'article de Fied (*Annales de dermat. et de syphil.*, déc. 1913), et de Aimes (*Le Progrès Médical*, 31 mai 1919).

ETIOLOGIE

La syphilis vertébrale, si l'on tient compte des cas publiés, est peu fréquente. C'est, comme le dit très justement Pied, qu'elle est souvent méconnue; elle ne doit pas être rare.

D'autre part, le nombre de syphilitiques s'est accru dans de grandes proportions et il est important d'étudier avec soin les diverses manifestations d'une affection qui joue, en pathologie, un rôle de plus en plus grand.

Enfin, on connaît la prédilection de la syphilis pour le système osseux et il serait étonnant que le rachis soit rarement frappé par une affection qui, d'après Fournier, atteint les os très souvent à la période tertiaire (les lésions osseuses sont au troisième rang des accidents de cette période).

La spondylite spécifique peut s'observer dans la syphilis héréditaire, nous en rapportons une observation et déjà Froelich, Fournier, Jasinsky ont publié des cas semblables, mais ces faits sont rares encore.

C'est dans la syphilis acquise au cours de la *période tertiaire*, que s'observe le pseudo-mal de Pott syphilitique. Il en résulte que l'affection frappe des *adultes* dans la grande majorité des cas.

ligaments, les trous de conjugaison peuvent être bouchés par des productions gommeuses.

Les lésions varient depuis l'ostéo-périostite simple jusqu'aux lésions gommeuses graves, destructives.

L'ostéo-périostite caractérisée par l'épaississement du périoste est une lésion très importante, car limitée elle ne s'accompagne pas de déformations et sera difficilement reconnue en clinique. Mais ultérieurement elle donne des hyperostoses que nous avons déjà signalées comme précieuses pour le diagnostic.

Les *gommes circonscrites* passent inaperçues si elles sont de faible volume. Les *gommes diffuses* peuvent entraîner de graves désordres dans la statique rachidienne. Dans les deux cas les destructions osseuses peuvent isoler des fragments osseux, des *séquestres* parfois très volumineux dont l'élimination va gravement compromettre la solidité du rachis.

Les malades de Fischer, de Beck expulsèrent ainsi par la bouche des séquestres provenant des vertèbres cervicales.

On a pu même observer chez un sujet l'expectoration en quelque sorte de tout l'arc antérieur de l'atlas.

3° Les *parties molles* sont évidemment atteintes par les lésions syphilitiques.

Les *nerfs* rachidiens sont soit comprimés, soit infiltrés par les masses gommeuses, il en résulte, en clinique, des *névralgies* ou des *névrites rebelles*.

Les *méninges* voient se développer des lésions de *pachyméningite* que le traitement spécifique peut guérir dans les stades de début, mais qui, abandonnées à leur évolution naturelle, ne tardent pas à donner des destructions *définitives*.

Les lésions médullaires sont variables. Au cours d'une autopsie, Leprestre constata un épanchement ventriculaire avec hématorachis. Les lésions osseuses et méningées influent fâcheusement sur la moelle, la pachyméningite, la périostite, les séquestres déplacés créent des compressions extrêmement graves de l'axe nerveux qui, si un traitement approprié n'intervient pas rapidement, entraînent l'atrophie des éléments nobles et la sclérose définitive.

Les tissus périrachidiens sont également lésés et les gommes se développent même plus souvent vers la périphérie que vers le canal rachidien et c'est fort heureux.

Il résulte du développement de ces gommes qu'on observe dans les parties molles des abcès volumineux simulant parfois les abcès par congestion avec une grande netteté, puisque dans l'observation de Fournier (avec examen histologique de Hayem), deux abcès descendaient de chaque côté dans la gaine du psoas, presque jusqu'au niveau des crêtes iliaques.

Mais ce qui est intéressant en clinique, ce sont les gommes postérieures, plus accessibles à l'exploration et qui sont souvent confondues avec les abcès froids tuberculeux, aiguillant le diagnostic vers le mal de Pott bacillaire.

Dans leur stade ultime, ces gommes infiltrent les téguments et se fistulisent. Il en résulte généralement une infection secondaire qui aggrave la lésion primitive.

SYMPTOMATOLOGIE

La syphilis vertébrale présente les caractères cliniques du mal de Pott, l'étude des antécédents du malade, l'examen minutieux des symptômes sont nécessaires si l'on veut ne pas méconnaître l'origine des accidents observés.

1° *La douleur* constitue le premier et le plus important des signes cliniques. Ce que nous avons dit des lésions anatomiques nous explique les variétés symptomatiques de la douleur.

Elle peut, en effet, être localisée ou apparaître à distance sous la forme de névralgies, quand les nerfs rachidiens sont comprimés ou détruits par les lésions.

Comme dans la tuberculose, la douleur est sourde au début; mais elle s'accroît avec l'évolution des lésions; elle peut devenir extrêmement vive, lancinante, elle est alors comparable aux douleurs ostéocopes que la syphilis donne au niveau des membres.

Un point extrêmement important, c'est que cette douleur, contrairement à ce qu'on observe dans le mal de Pott, *n'est pas calmée par le repos*. Le malade, en effet, peut souffrir dès le matin, au réveil et mieux encore, il peut souffrir pendant la nuit plus vivement que pendant le jour, ces *exacerbations nocturnes* constituent un symptôme pré-

cieux, elles donnent à l'affection une « physionomie syphilitique ».

Le tuberculeux peut souffrir pendant le sommeil, car il relâche alors ses articulations vertébrales, et le moindre mouvement, heurtant ses vertèbres malades, provoque de la douleur. Mais le syphilitique souffre à l'état de veille, malgré le repos au lit et il peut souffrir plus encore que pendant le jour.

Les irradiations à distance échappent à toute description, elles varient avec le siège du mal : douleurs dans les membres supérieurs ou inférieurs, dans la nuque.

La tête, dont les mouvements sont douloureux, s'immobilise soit en rectitude, soit en inclinaison latérale, créant une forme de torticollis qu'il faut bien connaître.

Les douleurs peuvent être particulièrement vives chez quelques sujets. Un malade de Staub se réveilla subitement avec une douleur horrible, syncopale.

L'examen direct permet de préciser le siège exact des douleurs par la pression sur les apophyses épineuses et sur les apophyses transverses.

Dans la région cervicale le corps vertébral peut être atteint par le toucher pharyngien, mais ce mode d'exploration est limité à un petit nombre de corps vertébraux : en général on peut ainsi atteindre l'arc antérieur de l'atlas, l'axis et la troisième cervicale.

D'après Chipault, on pourrait, chez l'adulte, atteindre la cinquième cervicale, la sixième chez l'enfant. Ce mode d'exploration n'est pas sans dangers. La pharyngoscopie permet l'examen direct des saillies anormales des sixième et septième cervicales.

Une pression moyenne d'abord, puis profonde, est exercée sur les apophyses épineuses ; la percussion ne doit pas être oubliée.

2° *La gibbosité* est inconstante, même avec des lésions graves et étendues.

Elle s'observe dans deux conditions bien différentes :

a) *La gibbosité* est comparable à la gibbosité pottique et révèle une destruction osseuse ;

b) *La gibbosité* est irrégulière, elle est produite alors par des ostéophytes.

Dans le premier cas il s'agit d'une gibbosité médiane, à rayon plus ou moins grand, ou d'une déformation limitée à une apophyse épineuse déformée et volumineuse, ou encore d'une déviation rachidienne latérale, révélant la destruction partielle d'un corps vertébral. Nous avons signalé qu'au niveau de la colonne cervicale cette déviation latérale créait du torticolis. La tête peut être inclinée latéralement, ou être en hyperextension (Froelich), un malade de Gilbert avait le menton fortement incliné sur le sternum.

La palpation de la gibbosité permet parfois de reconnaître un certain degré d'empâtement, surtout dans la région cervicale.

Les ostéophytes donnent, plutôt qu'une gibbosité, une tuméfaction très irrégulière, de consistance osseuse, qui n'est en rien comparable aux déformations pottiques ;

3° *Les contractures* sont fréquentes, le rachis réagit toujours contre la douleur en immobilisant ses divers articles par la contraction musculaire. Il en résulte une rigidité, un aspect soudé qui, dans le mal de Pott, sont bien caractéristiques, ces signes sont moins nets dans la syphilis.

C'est au niveau du cou que la rigidité est surtout apparente, le cou est comme ankylosé et souvent, pour atténuer les douleurs provoquées par la contracture musculaire qui augmente la compression osseuse, le malade se présente en

soutenant sa tête de ses deux mains, réalisant ainsi l'extension de sa colonne cervicale.

4° *Abcès*. — Les abcès sont rares et moins volumineux que dans la tuberculose, nous avons étudié ces abcès dans notre chapitre d'anatomie pathologique, on n'en connaît que quelques cas ;

5° *Troubles radiculo-médullaires*. — La compression de la moelle et des nerfs se traduit par des phénomènes douloureux, des troubles de la sensibilité, des troubles moteurs et des troubles viscéraux.

a) Les *troubles douloureux* ont été déjà analysés, ils relèvent de névralgies ou de radiculites par compression ou lésion nerveuse.

b) Les *troubles sensitifs* sont très variés.

L'anesthésie est parfois étendue à tout le membre supérieur dans les atteintes cervicales, dans la syphilis lombaire ou sacrée on a observé de l'anesthésie rénale, génitale, vaginale, urétrale.

L'*hyperesthésie* est localisée ou étendue. Parfois limitée aux vertèbres malades, elle peut frapper tout un membre (membre supérieur, Leyden) ou même toute la moitié du corps.

Les *sensations anormales* ne sont pas rares, les malades ressentent des engourdissements, des fourmillements, des sensations de froid, de chaleur, éprouvent des sueurs profuses.

c) Les *troubles moteurs* varient depuis la maladresse jusqu'à la paralysie complète. Une paralysie du membre supérieur a pu révéler les lésions vertébrales dont elles constituaient le premier symptôme. Les paralysies du membre

inférieur ont été observées. Ce sont des paralysies flasques ou en contracture.

On a noté des tremblements étendus aux membres inférieurs ou même à tout le corps (Virchow).

Les réflexes sont d'abord exagérés puis diminués.

Les *troubles viscéraux* consistent (Westphall) en ténésme rectal, en incontinence des matières fécales et des urines, dans deux cas on a observé des *troubles trophiques* sous la forme d'escarres.

Fournier a observé de la dysphagie par gomme retropharyngienne.

Nous avons signalé l'expulsion possible de parcelles osseuses, parfois de séquestres plus ou moins volumineux par la bouche.

Les symptômes généraux sont sous la dépendance de la syphilis, l'amaigrissement, la lassitude, l'anémie, la pâleur, sont souvent notés. Dans quelques cas il s'y ajoute de l'anorexie, parfois, mais plus rarement de la fièvre.

PRONOSTIC — COMPLICATIONS

Le pronostic dans l'ensemble est moins grave que dans la tuberculose vertébrale, mais il varie beaucoup suivant les cas.

1° Il varie avec le *diagnostic* porté, si la syphilis est méconnue ou reconnue trop tardivement, des lésions osseuses irréparables se constituent, des troubles médullaires ou radiculaires graves s'installent.

Reconnue précocement, au contraire, la spondylite syphilitique guérit en général dans de bonnes conditions.

2° Le pronostic varie également avec la *forme de la syphilis*. Il est des variétés malignes évoluant avec rapidité et sur lesquelles le traitement a peu d'influence.

3° *Le siège* de la lésion a une grande importance.

Le mal de Pott postérieur est toujours moins grave parce que les lésions osseuses n'altèrent pas la solidité du rachis.

Le mal de Pott antérieur, avec destructions osseuses, s'accompagne d'inflexions, de déviations fort difficiles à guérir.

Mais c'est surtout le mal cervical qui est grave, à cause de la remarquable mobilité de cette partie de la colonne, mobilité qui favorise les luxations et, à cause du voisinage

du bulbe qui peut entraîner la mort subite comme nous le verrons plus loin ;

4° Le pronostic varie aussi avec la *forme anatomique* des lésions, et on ne peut comparer la gravité minime des périostites simples avec les dangers sérieux que font courir aux malades les lésions gommeuses profondes ou diffuses qui creusent les os, créent des effondrements, donnent des séquestres parfois volumineux, compriment la moelle, les racines.

5° Les *complications* viennent encore assombrir le pronostic. Nous avons signalé les troubles viscéraux rares, les troubles trophiques (escarres).

Les paralysies sont plus sérieuses surtout si elles reconnaissent pour cause une compression médullaire par un fragment osseux déplacé sur lequel la thérapeutique a peu d'action.

Les pachyméningites créent aussi des paralysies mais plus facilement curables, tout au moins au début.

Ces paralysies sont soit localisées à un membre : membre supérieur gauche (Leprestre), membre inférieur (Leyden, Piorry), soit bilatérales : deux membres supérieurs (Virchow).

La complication redoutable, c'est la mort subite, observée par Jurgens chez une femme qui mourut subitement en voulant frapper son fils, par Gluck.

La compression peut être moins brusque, la malade d'Ollivier d'Angers, à la suite d'une luxation de la troisième cervicale, devint cyanosée, présenta des mouvements convulsifs, des muscles de la face, de la dyspnée et mourut dans le coma.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'est pas toujours facile, on ne pense pas assez à la syphilis, dans les affections vertébrales et beaucoup de cas sont étiquetés : mal de Pott.

L'étude des antécédents du malade, l'association d'autres lésions syphilitiques ont une importance capitale.

La femme du malade observé par Servièrè présentait des antécédents syphilitiques évidents.

Dans le cas de Jasinsky, il existait de la périostite spécifique des deux jambes.

Le malade de Winson était atteint de surdité à gauche.

On a aussi observé la coexistence de gommes au niveau des fesses et des ulcérations caractéristiques de la cuisse (Fournier), de la roséole (Debout), une perforation du voile du palais (Westphal), un nez en lorgnette avec des hypérostoses frontales (Gilbert).

Pied a été mis sur la voie du diagnostic chez un de ses malades par une aortite et une paralysie faciale. Dans les deux cas publiés par cet auteur, il s'agissait fort probablement de chancres intra-urétraux méconnus, ce qui montre les difficultés du diagnostic et la nécessité, non seulement d'examiner les sujets à fond, mais encore de scruter leurs antécédents avec les plus grands soins.

Les caractères de l'affection peuvent orienter le diagnostic; les douleurs vives, parfois irradiées, typiques, si elles sont à exacerbations nocturnes; les déformations différentes de celles de la tuberculose vertébrale; la présence de gommes; la réaction de Wassermann, positive, sont des signes importants. On peut souvent retrouver la cicatrice du chancre.

Ajoutons encore que l'affection s'observe de préférence chez l'adulte, qu'elle affecte surtout la région cervicale. Le toucher pharyngien, la pharyngoscopie permettent à ce niveau l'exploration des corps vertébraux, ces moyens ne doivent pas être négligés.

La radiographie ne permet pas de trancher le diagnostic, cependant elle peut être d'un précieux secours dans les cas où elle révèle la présence d'ostéophytes.

Le traitement d'épreuve, si les lésions ne sont pas irréparables, donnera la clef du diagnostic.

La tuberculose vertébrale apparaît chez des jeunes, plus souvent que chez des adultes, la gibbosité pottique présente moins d'originalités d'aspect que les ostéophytes de la syphilis. Les douleurs du mal de Pott sont calmées par le repos.

Les abcès froids, relativement fréquents, diffèrent des gommes syphilitiques, ils sont volumineux et difficiles à guérir, la ponction retire un pus grumeleux caractéristique. Dans la syphilis on observe des gommes de faible volume, contenant une sérosité sanguinolente ou un pus très épais et peu abondant, elles sont très vite guéries par le traitement d'épreuve.

Le diagnostic n'est difficile que si les deux maladies sont associées, le traitement antisiphilitique permettra de faire la part des deux affections.

Il importe essentiellement de dépister la syphilis asso-

ciée à la tuberculose, car le traitement améliore singulièrement le pronostic.

L'*actinomyose vertébrale* est rare, elle siège aussi souvent à la région cervicale mais elle se complique très souvent d'abcès. Ce sont des abcès durs, plus ou moins ligneux et à limites diffuses. L'examen du pus, les méthodes de laboratoire: sero-diagnostic de Widal et Abrami (sporo-agglutination), réaction de fixation, feront le diagnostic.

Les *affections aiguës* seront éliminées par la marche même de leurs symptômes: rhumatisme, ostéomyélite, gonococcie.

Mais le diagnostic est plus délicat avec l'*ostéite typhique* qui ne sera reconnue que par l'étude des antécédents.

Les *névralgies, les arthrites infectieuses cervicales* poseront des problèmes de diagnostic facilement résolus par l'examen du malade.

La *spondylite déformante* est une ostéo-arthrite ankylosante accompagnée de douleurs, mais elle est étendue à toute la colonne vertébrale et la radiographie montre que les corps vertébraux sont soudés. Les articulations de la hanche, parfois les épaules, sont aussi frappées.

Le *sarcome* vertébral est, le plus souvent, secondaire et si la radiographie ne décèle pas la tumeur vertébrale, la localisation primitive en évolution met sur la voie du diagnostic.

L'*hystérie* ne s'accompagne pas de lésions osseuses, elle se caractérise surtout par des douleurs, douleurs superficielles à fleur de peau. Un attouchement de la peau peut être extrêmement douloureux, et une pression profonde mieux tolérée. L'étude des antécédents: crises nerveuses antérieures, disparitions spontanées de l'affection, l'examen du sujet permettent le diagnostic.

Le *cancer* vertébral est, le plus souvent, secondaire à un

cancer viscéral. Comme pour le sarcome c'est la tumeur primitive qui permet de reconnaître la nature de l'affection vertébrale.

Le *tabes* s'accompagne de douleurs rachidiennes, l'examen complet du sujet révélera les signes caractéristiques de l'affection.

Le diagnostic de la syphilis vertébrale est souvent difficile, en somme, et il faut y penser pour ne pas méconnaître la nature des lésions rencontrées. La recherche des antécédents du sujet constitue les signes concomittants de syphilis, les points importants du diagnostic. Les exacerbations nocturnes, l'âge du sujet, l'absence d'abcès par congestion, la réaction de Wassermann positive permettront, par un ensemble de preuves, d'éviter une erreur grave pour le malade.

Se défier de l'association de la tuberculose à la syphilis, car le pronostic est assombri si la syphilis n'est pas traitée chez un pottique.

TRAITEMENT

Le traitement est double :

1° *Médical*;

2° *Orthopédique*.

1° Le traitement antisyphilitique doit être institué non seulement dès que le diagnostic est posé, mais aussi dans les cas douteux où le mercure et l'iodure serviront de pierre de touche.

Nous ne pouvons insister ici sur ce mode de traitement, nous dirons seulement qu'il doit être intense.

Chez les hérédosyphilitiques, les frictions mercurielles, le lactate de mercure sont indiqués.

Chez les adultes, l'association du mercure et de l'iodure arrêtent rapidement les lésions et permettent même d'obtenir la regression des lésions peu avancées.

Certaines lésions osseuses sont irréparables, il en résulte la nécessité de poser un diagnostic précoce.

Les injections intraveineuses de cyanure de mercure, de neosalvarsan sont indiquées dans les cas graves;

2° Le traitement orthopédique est indispensable, il est aussi utile que le traitement spécifique.

Il est d'autant plus nécessaire que nous venons de voir qu'un certain nombre de lésions osseuses sont trop graves pour être guéries par le traitement médical, il faut donc compter sur le traitement orthopédique pour obtenir une ankylose en bonne position.

Ce traitement comporte plusieurs degrés. Dans les cas d'une faible déviation le decubitus dorsal peut être suffisant. Le repos au lit, sur un matelas dur, si c'est nécessaire, calme les douleurs, supprime la surcharge des corps vertébraux malades et évite le decubitus ulcéreux, il prévient donc la complication la plus redoutable, c'est-à-dire la luxation vertébrale.

La gouttière de Bonnet permet une immobilisation plus parfaite, à la condition de maintenir le malade allongé et de ne pas lui permettre des mouvements de flexion de la colonne vertébrale. Le sujet doit manger dans le decubitus dorsal et une bonne précaution consiste, suivant les conseils de M. le professeur Estor, à fixer le malade à la gouttière par des lacs; des bandes qui le retiennent au niveau des épaules sont cousues à la chemise du patient.

Si la gibbosité est importante, on peut aider à son redressement en plaçant sous la convexité vertébrale, un coussin qui tendra à la redresser. L'extension continue par des poids constitue une meilleure méthode.

Au niveau de la région cervicale, la traction peut être installée, à l'aide de poids, à la tête, peut-être plus simplement immobilisée à l'aide de l'appareil du professeur Estor: deux pelotes concaves en forme de parenthèse, destinées à se mettre en contact avec les parties latérales de la tête du patient, sur laquelle elles ne doivent produire aucune compression, sont fixées sur une gouttière de Bonnet.

Lorsque les douleurs sont calmées, lorsque le traitement

spécifique a permis d'obtenir une regression appréciable des lésions, on peut laisser au malade plus de liberté et recourir à l'immobilisation par les appareils plâtrés.

Au niveau de la région cervicale, c'est à la minerve plâtrée qu'on aura recours, au niveau des régions dorsales et lombaires au corset plâtré.

Les complications réclament un traitement spécial:

Les paralysies seront traitées par le repos absolu et prolongé dans le décubitus dorsal, associé à un traitement spécifique intensif.

Les torticolis, les subluxations, par l'extension rigoureuse.

Les séquestres mobiles seront enlevés chirurgicalement, indication exceptionnelle.

Les douleurs relèvent plutôt du traitement spécifique que d'une médication purement symptomatique (antipyrine, opium, morphine).

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Service de M. le professeur Estor

Due à l'obligeance de M. le docteur Aimes, chef de clinique

G... J., âgé de 7 ans. Entre dans le service de M. le professeur Estor le 15 décembre 1919.

Antécédents héréditaires: Le père a eu la syphilis.

La mère a eu trois enfants morts nés, au huitième mois et le petit malade n'est venu à terme que grâce à des piqûres d'Hg. La mère a été traitée, en 1910, dans le service de syphiligraphie pour des plaques muqueuses à la vulve, des céphalées, des douleurs au niveau des membres inférieurs.

Antécédents personnels: A la naissance, l'enfant a présenté du pemphigus au niveau des mains et des pieds. A l'âge de trois mois crise d'entérite.

En 1914, il a été soigné dans le service du professeur Estor pour hydarthrose syphilitique double de Clutton: trois mois avant l'entrée, il a eu de l'hydarthrose dans le genou droit, elle a duré un mois, s'est guérie, mais quinze

jours après elle recommençait, deux mois avant l'entrée, le genou gauche s'est pris à son tour. Ces manifestations disparaissent très rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

En 1916, l'enfant fait une arthrite de la hanche, qui se fistulise rapidement, le traitement spécifique amène encore la guérison en quelques semaines. Actuellement les genoux, la hanche restent bien guéris, on reconnaît seulement la cicatrice de la fistule au niveau de la hanche.

L'enfant nous est amené pour une gibbosité dorsale accompagnée de douleurs osseuses profondes, il y a trois mois on a appliqué un corset et institué le traitement spécifique.

La gibbosité a très rapidement diminué et actuellement le rachis est absolument indolore à la pression et à la percussion.

On applique un nouveau corset plâtré.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le docteur Aimes, chef de clinique

L... F., soldat du 115^e d'infanterie. Entre à l'hôpital militaire de Palavas avec le diagnostic de Mal de Pott.

Mobilisé le 15 juin 1915, ce soldat a été évacué après vingt-sept mois de front pour sciatique et algie des membres inférieurs.

Le malade a présenté des douleurs de tête violentes, à exacerbations nocturnes, que le sirop de Gibert a fait disparaître totalement.

Actuellement il se plaint de douleurs sourdes dans la région lombaire et sacro-lombaire, avec irradiations dans

les deux membres inférieurs. Les douleurs sont exagérées par la moindre fatigue, elles ne sont pas calmées par le repos.

A l'inspection pas de gibbosité, la colonne vertébrale est en légère flexion, à la palpation profonde, on réveille des douleurs dans toute la région lombaire.

A la mobilisation de la colonne vertébrale, les douleurs s'irradient vers les flancs; le malade ne peut rester assis.

Les réflexes pupillaires sont normaux, les autres réflexes sont exagérés, notamment le réflexe rotulien.

Douleur à la partie postérieure du calcanéum, signes classiques de sciatique double empêchant parfois le malade de se tenir debout les jambes en extension, la station debout est possible avec un certain degré de flexion des genoux.

Il semble qu'on se trouve en présence d'un pseudo mal de Pott syphilitique.

Un Wassermann pratiqué, le 5 septembre, est négatif, mais l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien est positif (hyperalbuminose, mononucléose).

Une radiographie faite le 3 octobre ne révèle aucune lésion osseuse.

Un traitement d'épreuve est institué, mais le malade demande à se rapprocher de chez lui, on lui fait un corset plâtré et il est évacué le 13 novembre 1919.

Il nous a depuis donné de ses nouvelles et a constaté une amélioration légère de ses douleurs.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis vertébrale n'est pas rare et beaucoup de cas sont certainement méconnus et considérés comme des tuberculoses vertébrales.

II. — Cette affection peut se rencontrer dans la syphilis héréditaire et frapper des enfants, mais c'est essentiellement une localisation de la syphilis tertiaire qui se rencontre de préférence chez l'adulte.

III. — La région cervicale est le siège de choix de la syphilis vertébrale qui peut créer à ce niveau une variété de torticolis.

IV. — Les lésions anatomiques consistent, soit en ostéopériostites simples, soit, plus souvent, en productions gommeuses qui altèrent parfois profondément les corps vertébraux.

V. — La tableau clinique de la syphilis vertébrale est celui du mal de Pott: douleurs, rigidité vertébrale, gibbosité, symptômes de compression médullaire.

VI. — Le diagnostic repose sur l'étude des antécédents du malade, sur le caractère des douleurs qui présentent, parfois, des exacerbations nocturnes, sur l'association fréquente d'autres lésions syphilitiques, sur l'absence d'abcès par congestion, sur la réaction de Wassermann et l'efficacité du traitement d'épreuve.

VII. — Le pronostic est moins grave que celui du mal de Pott, il est assombri par une redoutable complication : la luxation vertébrale qui, étant donné le siège cervical de l'affection, peut déterminer la mort subite.

VIII. — Le traitement est double, il faut traiter la syphilis par un traitement spécifique régulier et instituer un traitement orthopédique : decubitus dorsal, extension continue, corset ou minerve.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 14 février 1920

P. Le Recteur.

Le Vice-Président de l'Université
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuve,
Montpellier, le 13 février 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — Le mal de Pott syphilitique. *Progrès Médical*,
31 mai 1919.
- ALLAIN. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1858.
- CONCETTI. — *Rev. di clin. ped.* 1904, n° 8.
- DARIER. — *Soc. anatomique de Paris*, janv. 1893.
- DEBOUT. — *Soc. de Chir.*, 1852.
- FELTGEN. — *Thèse de Nancy*, 1903.
- FISCHER. — *Deuts. Zeit. f. chir.*, 22 Bd, 3, 420.
- FOURNIER. — *Annales de dermat. et de syph.*, 1881.
— *Syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 299.
— *Soc. française de dermat. et de syph.*, 9 févr. 1899.
- FORNS. — *Revista espan. de dermat. y sif.*, 1905, t. 7.
- FROELICH. — *Presse Médicale*, 1904.
- FRY. — *Journ. of. nerv. a. ment. dis.*, 1905, t. 32, p. 101.
- GASPAIS. — *Thèse de Paris*, 1913.
- GLUCK. — *Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 47-48.
- GROS et LANCEREAUX. — *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1861.
- JASINSKY. — *Gazeta Lekarska Warszawa*, 1883, p. 881, 1898,
n° 45.
- JOAKIMSTHAL. — *Verh. d. I Congr. f. orthop. und. chir.*,
Berlin 1902.
- JURGENS. — *Charite Annalen*, 1885, p. 730.

- KOSTER. — *Deuts Med. Woch.*, 1903.
- LEVOT. — *Thèse Paris*, 1881.
- LEYDEN. — *Berl. Klin. Woch.*, 1889, n° 21.
- LOMIKOWSKY. — *Vierteljahrsch. f. dermat. u. syph.*, 1879.
- MALMSTEN. — *Hygiea*, Stockholm, 1887, p. 305.
- MILLS. — *Philad. Hosp. report*, 1896, p. 141.
- MICHEL. — *Dict. encycl. Soc. Med. (Rachis)*.
- MONCHET. — *Traité de chir.*, Le Dentu et Delbet, t. XIV, p. 515.
- NEUMANN. — *Wiener Med. Press*, 1904, t. 45.
- OLLIVIER D'ANGERS. — *Traité de la Moelle épinière et de ses maladies*, t. I, p. 350.
- PETREN. — *Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. in. chir.*, Bd XXI, fasc. 5, p. 777.
- RIDLON. — *Med. Neur.*, Philadelphie, 1891.
- RODERICK. — *Med. Tuns*, London, 1839, p. 114.
- SANDERSON. — *Americ. Med. Tuns*, New-York, 1864, p. 43.
- SERVIÈRE. — *Thèse Montpellier*, 1908.
- STAUB. — *Wiener Med. Press*, 1896, p. 1468.
- TÉDENAT et VENNES. — *Montpellier Médical*, oct. 1907.
- VIRCHOW. — *Syphilis constitutionnelle*.
- WADE. — *Smidt's Zahrh.*, Bd 66, p. 203.
- WINSON. — *Trans. of. Soc. for the improvenent of med. and surg. Knowledge*, London, 1863.
- ZIESCHE. — *Mittel. a. d. Grensg. d. Med. n. clin.*, Bd XXII, 1910, fasc. 3, p. 357.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
